

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

524

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges COLADANT

né le 24 Janvier 1899 à Nouan-le-Fuzelier (Loir-&-Cher)

ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE DES TROUBLES

DE LA SENSIBILITÉ EN GYNÉCOLOGIE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934

125

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Georges COLADANT

né le 24 Janvier 1899 à Nouan-le-Fuzelier (Loir-& Cher)

ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE DES TROUBLES

DE LA SENSIBILITÉ EN GYNÉCOLOGIE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, G. ROUSSY

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	TIFFENEAU.
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . *Neurologie et Psychiâtrie*
 BENARD (Henri) *Pathologie médicale.*
 BERNARD (Etienne). *Pathologie médicale.*
 BOULIN *Pathologie médicale.*
 BROCC *Pathologie chirurgicale.*
 BULLIARD *Histologie.*
 CATHALA *Pathologie médicale.*
 CHABROL *Pathologie médicale.*
 CHEVALLIER .. *Pathologie médicale.*
 DOGNON *Physique.*
 DONZELOT *Pathologie médicale.*
 FEY *Urologie.*
 GALLIARD *Parasitologie.*
 GASTINEL *Bactériologie.*
 GATELLIER *Pathologie chirurgicale.*
 DE GAUDART D'ALLAINES.. *Pathologie chirurgicale.*
 GAYET *Physiologie.*
 GIROUD *Histologie.*
 HAGUENAU ... *Pathologie médicale.*
 HALPHEN *Oto-rhino-laryngologie.*
 HAZARD *Pharmacologie.*
 HUGUENIN *Anatomie pathologique.*
 JOANNON *Hygiène.*
 LABBE (Henri).. *Chimie biologique.*
 LACOMME *Obstétrique.*
 LANTUEJOUL .. *Obstétrique.*

MM.

LAROCHE (Guy) *Pathologie médicale.*
 LEMAIRE *Pathologie expérimentale.*
 LEVEUF *Pathologie chirurgicale.*
 Mlle J. LEVY ... *Pharmacologie.*
 LEVY-VALENSI. *Neurologie et Psychiâtrie*
 MOREAU *Pathologie médicale.*
 MOULONGUET . *Pathologie chirurgicale.*
 MOUQUIN *Pathologie médicale.*
 OBERLING *Anatomie pathologique.*
 PETIT-DUTAILLIS... *Pathologie chirurgicale.*
 PIEDELIEVRE .. *Médecine légale.*
 PORTES *Obstétrique.*
 QUENU *Pathologie chirurgicale.*
 RICHEL *Physiologie.*
 SANNIE *Chimie biologique.*
 SENEQUE *Pathologie chirurgicale.*
 SEZARY *Dermatologie et syphiligraphie.*
 TROISIERS *Pathologie expérimentale.*
 TURPIN *Pathologie médicale.*
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) *Pathologie médicale.*
 VELTER *Ophthalmologie.*
 VIGNES *Obstétrique.*
 WILMOTH *Pathologie chirurgicale.*

III. - AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE *Pathologie chirurgicale.*
 BUSQUET *Pharmacologie.*
 CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.

LEROUX *Anatomie pathologique.*
 NEVEU-LEMAIRE . *Parasitologie.*
 ZIMMERN *Physique.*

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI
 AUBERTIN
 BRULE *Clinique médicale.*
 CHIRAY
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN

MM.

GUENIOT
 LE LORIER *Clinique obstétricale.*
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

MM.

BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER .. *Clinique chirurgicale.*

MOCQUOT
 MOURE
 SCHWARTZ

V. - CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ... *Education physique.*
 FREY *Stomatologie.*
 LEDOUX-LEBARD *Radiologie clinique.*
 WEIL-HALLE *Puériculture.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MON PARRAIN

A TOUTE MA FAMILLE ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE
Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur de vouloir
bien présider cette thèse
En témoignage de notre recon-
naissance.*

A Monsieur le Docteur GARRET

Ex-Médecin Principal

Officier de la Légion d'Honneur

qui fut mon premier Maître.

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS

Et particulièrement à Monsieur le Docteur BEAUCHANT.

*.En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

INTRODUCTION

Un des chapitres les plus importants aussi bien de la physiologie que de la pathologie est le problème des sensibilités. Bien que les divers points du problème soient aujourd'hui clairement posés, il y reste encore un très grand nombre d'inconnues.

On sait actuellement que l'activité nerveuse élémentaire, le réflexe, comprend obligatoirement deux éléments : une sensation dont la cause est une modification énergétique (chimique, physique ou mécanique) d'un point de l'organisme et une réponse motrice sécrétoire ou inhibitrice. Sans sensation, point d'action, sauf chez les êtres complexes comme l'homme dont l'activité nerveuse supérieure peut se manifester sans qu'il y ait eu une sensation précédant immédiatement l'action. Là encore c'est une illusion, car ce sont des sensations anciennes inhibées et restées latentes qui sont à la base de l'action.

On peut donc dire que la sensibilité est à la base de tout phénomène nerveux. Et cependant nous ne connaissons pas exactement la physiologie et la pathologie de la sensibilité. On distingue couramment trois sortes de sensibilités,

tout au moins au niveau de la peau : une sensibilité tactile, une sensibilité thermique et une sensibilité teintée d'éléments affectifs agréables ou désagréables (douleur ou plaisir).

Pour ce qui concerne la sensibilité tactile, le cas est relativement simple : le contact d'un corps étranger appliqué sur la surface sensible excite les récepteurs nerveux qui transmettent l'excitation aux centres supérieurs. La sensibilité thermique est déjà bien plus complexe et on n'en connaît guère le mécanisme ni les voies de conduction.

Le cas le plus compliqué est celui de la sensibilité affective. Nous ne pouvons guère discuter ici toute la foule des questions qui se posent à son égard, notons seulement qu'elle paraît indépendante de la sensibilité tactile. Les modalités de cette indépendance seront discutées dans le cours de notre travail.

Pour le cas qui nous occupe la question se complique du fait qu'il s'agit en majeure partie de viscères. Or, si l'on peut dire que la sensibilité des téguments est relativement bien connue, celle des viscères l'est infiniment moins.

*
**

On voit donc que certains points de la physiologie des sensibilités sont encore loin d'être bien connus. La pathologie ne l'est guère davantage. En entreprenant un travail

sur les troubles de la sensibilité des organes génitaux de la femme, nous rencontrons une première difficulté : celle de la délimitation de ces troubles. Si l'on sectionne le nerf sensitif d'un territoire donné on y observe une anesthésie complète. Ce trouble ne nous intéresse pas car il ne s'observe pas en clinique ou lorsqu'il s'observe il apparaît au milieu d'autres manifestations et dépasse alors les cadres de la gynécologie.

Parmi les hypoesthésies, un seul cas présente de l'intérêt pour le gynécologue : l'abolition ou la diminution de la sensibilité affective spéciale de la muqueuse vaginale constatée au cours de la frigidité.

Parmi les troubles par existence de sensations anormales, nous retiendrons deux cas : le prurit et la douleur. C'est d'ailleurs avant tout cette dernière qui est intéressante aussi bien à cause de sa fréquence qu'à cause de ses multiples significations séméiologiques.

*
**

Nous suivrons dans notre travail le plan suivant :

I. — Considérations sur la sensibilité.

II. — Voies anatomiques de la sensibilité des organes génitaux de la femme.

III. — Physio-pathologie de la sensibilité viscérale.

IV. — Physio-pathologie de la sensibilité cutanéomu-
queuse.

V. — Troubles de la sensibilité des organes génitaux
internes.

VI. — Troubles de la sensibilité des organes génitaux
externes.

VII. — Valeur séméiologique des troubles de la sensi-
bilité en gynécologie.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS SUR LA SENSIBILITE

Il peut y avoir deux conceptions de la sensibilité, conceptions qui, loin de s'opposer, se complètent au contraire. Dans la première, on peut ranger dans la sensibilité toute incitation périphérique atteignant les centres nerveux et suscitant un réflexe, qu'elle parvienne à la conscience ou non. Dans la seconde conception, moins générale, on ne qualifie de sensibles que les incitations qui deviennent directement des éléments de la conscience.

Cette dernière conception restreint considérablement la sensibilité et c'est en l'adoptant qu'on a pu dire que les viscères n'étaient pas sensibles. Or, nous savons actuellement que des incitations ayant leur point de départ au niveau des viscères, des vaisseaux, des muqueuses diverses, bien que restant en dehors du champ de la conscience, sont capables de susciter de multiples réflexes. Ces réflexes sont même à

la base du fonctionnement d'un grand nombre d'appareils (circulation, digestion, etc.)

Il semble donc que le nom de sensibilité doit être appliqué à toute les incitations centripètes conscientes ou inconscientes, génératrices ou non de réflexes.

*
**

Un des points les plus débattus du problème des sensibilités est celui de la différence entre la sensibilité tactile et douloureuse. Pour les uns, il n'y a aucune différence qualitative entre le tact et la douleur, tout est seulement une question d'intensité d'excitation. Cette opinion est soutenue actuellement par Leriche et dans le domaine gynécologique par A. Binet. Les arguments qu'on apporte en faveur de cette manière de voir sont en réalité très fragiles. Leriche va jusqu'à dire que la sensibilité douloureuse ne doit pas avoir des récepteurs et des voies spéciales car ce n'est pas une sensation normale. Le raisonnement nous semble spécieux, étant donné que cette sensibilité est une chose plus primitive que la sensibilité tactile. A une phase précoce du développement on apprécie d'abord l'agréable et le désagréable et c'est seulement plus tard qu'on cherchera à recueillir des renseignements d'ordre intellectuel sur le monde extérieur. D'ailleurs, un des actes les plus normaux qui soient, l'accouchement s'accompagne de douleur.

A l'autre extrémité de cette opinion, d'autres auteurs

(v. Frey, Head, Ross, Déjerine, etc.) soutiennent l'indépendance absolue des deux modes de sensibilité. Il y aurait des récepteurs périphériques spéciaux pour la douleur, l'influx né au niveau de ces récepteurs se propagerait par des fibres nerveuses particulières qui cheminent dans la moelle séparées des voies tactiles et qui aboutissent au thalamus, alors que les impressions tactiles aboutiraient au cortex.

La théorie la plus complète est celle de Head qui distingue une sensibilité protopathique, renseignant uniquement du caractère agréable ou désagréable de la sensation, et une sensibilité épicroitique qui fournit des données précises sur la forme, la consistance, etc. des objets.

*
**

Faisons abstraction de toutes ces théories et essayons de raisonner sur les différences objectives entre la sensation tactile simple et la douleur. Une première différence qui saute aux yeux c'est l'existence de phénomènes généraux et locaux qui peuvent accompagner la douleur, alors qu'ils font complètement défaut dans l'impression tactile. Il s'agit de modifications circulatoires (hypertension artérielle générale avec vasodilatation locale), de modifications respiratoires (pause respiratoire), de dilatation pupillaire, etc.

Ces phénomènes, de nature réflexe, se rapprochent des modifications objectives qui accompagnent les émotions et qui sont connues depuis les travaux de William James et

dont le mécanisme a été en partie élucidé par les expériences de Cannon et de ses élèves.

En somme, nous ne pensons pas que la douleur soit une impression tactile d'intensité supérieure, mais qu'il y a une différence de nature entre les deux modes de sensibilité, différence consistant probablement en l'intervention de phénomènes réflexes locaux et généraux, appartenant au domaine du système nerveux végétatif.

CHAPITRE II

VOIES DE LA SENSIBILITE DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

Jusqu'à ces dernières années, il y a eu une confusion considérable dans l'innervation des organes génitaux de la femme. Bien que les travaux de Langley et Anderson aient montré, dès 1895, d'une façon expérimentale la nature des principaux nerfs pelviens, il a fallu une trentaine d'années pour appliquer ces notions à l'anatomie humaine. Les travaux de Delmas et Jayle, ceux de Keiffer, etc. ont mis quelque ordre dans la question, sans cependant l'élucider entièrement.

Schématiquement, on peut dire que les organes génitaux internes ont une innervation végétative et les organes génitaux externes une innervation cérébro-spinale. Bien que cette distinction ne soit pas tout à fait réelle, nous étudierons successivement ces deux territoires.

a) *Innervation des organes génitaux internes*

Les organes génitaux internes comprenant l'utérus, les trompes et les ovaires ont une innervation essentiellement végétative. Quant à la nature exacte de celle-ci, l'expérimentation n'a pu démontrer jusqu'ici qu'une innervation sympathique. Les nerfs parasympathiques (pneumogastrique ou nerf pelvien d'Eckhardt) ne semblent avoir aucune action sur ces organes.

Aussi, distinguerons-nous seulement des nerfs orthosympathiques pour les organes génitaux internes. Ces nerfs abordent les organes par deux pédicules de chaque côté : le nerf hypogastrique appelé encore nerf présacré et le nerf tubo-ovarien. Le premier est rétropéritonéal et descend au-devant du sacrum, le second suit le trajet du pédicule vasculaire utéro-ovarien.

Toutes les fibres sympathiques contenues dans ces nerfs représentent des rameaux post-ganglionnaires ; leur relai est soit dans la chaîne sympathique lombaire soit dans un ganglion prévertébral (mésentérique, aortico-rénal, etc.)

Les descriptions anatomiques macroscopiques sont nombreuses et varient suivant les auteurs. Il est d'ailleurs à noter que les nerfs végétatifs ne présentent jamais un aspect anatomique fixe et tous les types décrits sont possibles. Selon G. E. Jayle, les nerfs tubo-ovariens abordent l'ovaire et la trompe directement, alors que les nerfs hypogastriques se jettent d'abord dans un plexus, appelé plexus pelvi-périnéal.

Ce plexus est commun au nerf pelvien parasymphatique et au nerf hypogastrique orthosymphatique. Pour Jayle, certaines fibres y feraient même synapse, quoique classiquement ce plexus constitue surtout un relai parasymphatique.

D'après Delmas et ses élèves, le ganglion de Lee Frankenhauser n'existe pas au point de vue de l'anatomie macroscopique.

Ainsi, l'on est relativement fixé sur les nerfs qui desservent l'utérus et les annexes, mais on ignore complètement la nature et le trajet des fibres sensibles qui, après avoir cheminé dans les nerfs vus ci-dessus, abordent la moelle.

Nous verrons plus loin la discussion sur l'existence ou non de fibres sensibles végétatives. Quelle que soit notre opinion à ce sujet, il est certain que les fibres sensibles atteignent la moelle par les racines postérieures et suivront désormais les grandes voies médullaires de la sensibilité, feront relai au thalamus et arriveront au cortex pariétal.

Sans ces nerfs extrinsèques, il n'y a pas de sensibilité consciente possible, mais notons que l'utérus (La Torre, Keiffer), la trompe (Gawronsky, Harting) et l'ovaire (Vallet, Wallart) ont un appareil nerveux intra-mural d'une grande richesse, ce qui explique le fait que l'énervation des organes génitaux ne trouble en rien les fonctions génitales chez les animaux femelles (Rein, Goltz, etc.). Nous verrons d'ailleurs l'importance de ce système local autonome au point de vue clinique.

b) *Innervation des organes génitaux externes*

Alors que les nerfs sensitifs des organes génitaux internes appartiennent au type viscéral dont nous étudierons les particularités plus loin, ceux du vagin (tout au moins dans sa partie inférieure), de la vulve avec les petites et grandes lèvres et le clitoris sont des nerfs sensitifs du type cutanéomuqueux.

Les terminaisons nerveuses sensitives sont d'une grande richesse et d'une extrême variété dans les organes génitaux externes. En dehors des corpuscules de Vater-Pacini et des corpuscules du tact, on y a décrit des organes spéciaux appelés corbeilles terminales ou corpuscules génitaux de Krause qui seraient les récepteurs spéciaux des sensations voluptueuses. Ils sont particulièrement abondants au niveau du clitoris et des petites lèvres (Temesvary, Schroeder).

Les nerfs macroscopiques qui renferment des fibres sensitives venant de cette région sont nombreux : parmi les nerfs du plexus lombaire, les nerfs abdomino-génitaux et le génito-crural contribuent à l'innervation sensitive des grandes lèvres ; le petit sciatique, venant du plexus sacré donne également un rameau pour cette région .

Le principal nerf sensible des organes génitaux externes est le nerf honteux interne par la branche superficielle de son rameau périnéal et par le nerf dorsal du clitoris. Il existerait également un rameau venant du plexus sacro-coccygien.



En dehors de ces nerfs, la douleur au cours des affections gynécologiques peut provenir de l'atteinte de troncs nerveux ayant des connexions anatomiques avec les organes génitaux. C'est ainsi que de nombreux troncs provenant des plexus lombaire et sacré peuvent être comprimés dans le petit bassin lors d'une tumeur ou d'une inflammation des organes pelviens.

CHAPITRE III

PHYSIO - PATHOLOGIE DES DOULEURS VISCERALES PELVIENNES

Chacun sait qu'à l'état normal les viscères sont insensibles. Après anesthésie locale de la paroi, les viscères abdominaux ne sont plus douloureux et cette insensibilité permet toute intervention chirurgicale.

Comment expliquer alors que les viscères peuvent être l'origine de violentes douleurs spontanées dans certaines conditions pathologiques et même physiologiques (accouchement) ? De nombreuses hypothèses ont été émises à ce sujet qui ne s'opposent pas toutes, mais dont chacune semble contenir une partie de la vérité. Les divergences se manifestent d'une part au sujet des voies de conduction de la sensibilité viscérale, entre le viscère et l'axe cérébro-spinal ; d'autre part concernant le point de départ même de l'excitation sensible. Nous allons examiner rapidement chacune des théories, montrer leurs divergences et leurs points communs qui permettraient de les concilier.

*
**

Une première théorie est celle de Lennander qui est basée sur l'énoncé fondamental que les viscères n'ont jamais de sensibilité propre. Ils ne peuvent être à l'origine de sensations que dans la mesure où la séreuse qui les recouvre est atteinte. Le mécanisme des douleurs passagères et celui des douleurs continues serait différent selon cette conception.

Les douleurs passagères se produisent par les mécanismes de l'écrasement, du tiraillement et de la torsion. L'écrasement se produit lorsqu'un viscère en augmentant de volume comprime les nerfs sous-séreux contre la paroi. Le tiraillement se produirait par exemple lors des modifications de la statique utérine. L'utérus rétroversé tirailerait les nerfs du péritoine qui recouvre l'organe. Le type de la douleur par torsion est celle d'un kyste de l'ovaire dont le pédicule se tord.

Entre les douleurs passagères et les douleurs permanentes se placent les douleurs par perforation qui se produiraient par l'irritation des terminaisons nerveuses péritonéales par un liquide septique ou simplement de composition différente de celle du liquide qui baigne habituellement l'endothélium de la séreuse.

Les douleurs à longue durée se produiraient presque toujours par le mécanisme de la lymphangite. Un foyer infectieux même à distance du péritoine peut provoquer de

la douleur en atteignant la séreuse par l'intermédiaire de la lymphangite.

Il y a des cas qui donnent incontestablement raison à la théorie de Lennander. On sait, en particulier, que les affections utérines tant qu'elles restent cantonnées à la muqueuse sont absolument indolores; la douleur ne survient que lorsque la séreuse est atteinte.

Cependant la théorie de Lennander ne peut être acceptée actuellement telle qu'elle a été formulée par cet auteur. Il existe des cas où un organe pathologiquement hypertrophié (fibrome de l'utérus, kyste de l'ovaire, trompe dilatée par un hydrosalpinx, etc.) distend la séreuse sans se manifester par aucun trouble de la sensibilité.

*
**

La théorie précédente doit être complétée par les données découvertes par Ross et par Head et qui ont été étudiées en France par Sicard et dans la thèse de Lichtwitz. Cette théorie met en cause le sympathique qui, dans la conception de Lennander ne jouait aucun rôle dans la sensibilité viscérale. Encore doit-on distinguer dans cette intervention du sympathique deux modalités. Selon les uns (Leriche), le sympathique a une sensibilité propre distincte de la sensibilité cérébro-spinale, alors que pour la majorité des auteurs le sympathique ne peut jouer que le rôle d'intermédiaire entre le viscère et l'axe cérébro-spinal. Nous ne

pouvons pas entrer ici dans les détails de la discussion de la sensibilité sympathique qui restent encore cantonnés aux seuls spécialistes de la question. Contentons-nous de résumer les faits.

Une première catégorie de faits concerne la projection cutanée des affections viscérales. F. et G. E. Jayle ont réuni un certain nombre de cas où des malades atteintes d'affections gynécologiques ayant un point de départ génital ont été traitées pour des douleurs superficielles de la cuisse, de la région lombaire, de la région sacrée et même de la base du cou. La plus banale de ces localisations est la douleur lombaire.

Les manifestations projetées sur la peau, au niveau du *dermatome* correspondant consistent en une hyperesthésie, une contracture et parfois même une vasoconstriction locale (Wernoe). L'existence de ces phénomènes appelés « *referred pain* » par Head permet de supposer que les douleurs viscérales vagues et mal localisées se projettent au niveau de la peau sous forme d'une douleur à localisation précise. Parmi les hypothèses explicatives nombreuses proposées nous retiendrons celle de Verger, d'après laquelle le neurone sympathique viscéral s'articulerait avec le même élément qu'un neurone sensitif cutané. Ce fait serait la cause de la correspondance entre les diverses sensations.

*
**

Il nous reste à dire un mot du rôle de la *sensibilité vasculaire* dans les douleurs viscérales. Des expériences déjà anciennes de Héger ont montré que l'injection de substances irritantes dans les vaisseaux provoquait des douleurs irradiées sur le trajet vasculaire, prouvant bien que ce sont les terminaisons nerveuses intravasculaires qui étaient à l'origine de la douleur ainsi provoquée.

Les travaux de Lichtwitz ont montré que l'incitation adéquate pour la production de douleurs vasculaires est le spasme et la distension.

Etant donné que les vaisseaux sont des éléments anatomiques qui existent partout, on pourrait même supposer un rôle très général de ceux-ci dans la production des douleurs viscérales. En admettant que les viscères n'aient pas de sensibilité comparable à celle de la peau, il est certain qu'ils peuvent être l'origine d'excitations douloureuses par l'intermédiaire des vaisseaux.



CHAPITRE IV

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA SENSIBILITE CUTANEO-MUQUEUSE

Les surfaces cutanées des organes génitaux, en l'espèce les grandes lèvres, ne présentent pas une structure typique de peau. La minceur de la couche cornée les rapproche des muqueuses, aussi cette surface mérite le nom de paramuqueuse.

Nous avons déjà vu que la muqueuse génitale possède des récepteurs sensibles abondants et variés. Le rôle exact de ces récepteurs ne peut être déterminé que par leur localisation. On a ainsi constaté que les corpuscules génitaux de Krause se trouvent surtout au niveau du clitoris et des petites lèvres, ce qui rend probable leur rôle dans la réception des sensations voluptueuses. Mais cela n'est pas sûr et la spécificité de ces récepteurs est très discutée. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de cette question qui est spécialement étudiée dans un travail de Piéron.

Nous avons insisté plus haut sur l'importance des modifications vasculaires générales au cours des sensations à teinte affective et aussi sur l'intervention de la sensibilité vasculaire dans les douleurs des viscères. Nous voudrions montrer ici le rôle probable que joue l'état vasculaire dans la production des douleurs et des sensations génitales.

Quant aux sensations agréables, on sait déjà que l'état congestif de la muqueuse et même la turgescence des corps caverneux clitoridiens sont indispensables à leur production. Sans ces éléments incontestablement vasomoteurs, il n'y a pas de sensibilité génitale possible.

La pathologie nous montre qu'il en est de même pour la sensibilité douloureuse. On sait que l'état congestif prémenstruel de l'utérus est un facteur important de douleurs.

La raison pour laquelle toute inflammation est douloureuse doit être également dans l'existence d'une vasodilatation intense au niveau de la zone enflammée.

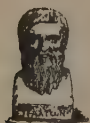
*
**

Une douleur ressentie au niveau de la peau ou d'une muqueuse n'a pas nécessairement son origine dans les récepteurs périphériques. Nous avons déjà vu que les douleurs viscérales pouvaient se réfléchir et se projeter sur une zone cutanée, sur le dermatome correspondant aux viscères.

Un second mécanisme peut être l'irritation ou la com-

pression du tronc nerveux, du plexus ou de la racine, en un mot du neurone sensitif périphérique. C'est le mécanisme général par lequel les douleurs des organes génitaux internes se projettent au niveau de la cuisse ou même un point plus éloigné du membre inférieur.

Une troisième catégorie de faits comprend enfin les algies dites centrales. Elles se produisent par une atteinte du centre médullaire (ganglion rachidien ou cornes postérieures) ou même des centres encéphaliques. Dans ces cas-là, il n'y a pas de lésion gynécologique, mais une maladie nerveuse (tabès, syphilis médullaire, névraxite, etc.). Ces diagnostics ne doivent être faits qu'après avoir soigneusement éliminé toute possibilité de maladie des organes génitaux.



CHAPITRE V

TROUBLES DE LA SENSIBILITE DES ORGANES GENITAUX INTERNES DE LA FEMME

Nous avons déjà vu que les organes génitaux internes : utérus, ovaire et trompes, ne possèdent qu'une sensibilité élémentaire. Normalement, on ne les sent pas ; toute sensation qui naît à leur niveau est donc pathologique. Parmi les sensations anormales de ces organes il existe toute une gamme d'intensités que nous étudierons successivement par ordre croissant. Après les avoir passés en revue, nous mentionnerons les rapports des phénomènes douloureux avec le cycle menstruel. En dernier lieu, nous étudierons les phénomènes réflexes qui sont suscités par des incitations nées au niveau des organes génitaux de la femme et qui ne sont en réalité que des troubles sensitifs indirects.

*
**

Parmi les nombreux caractères des douleurs génitales

nous établirons une classification basée sur l'intensité de la douleur. Celle-ci s'échelonne depuis le simple fait de « sentir son utérus » jusqu'aux grandes crises douloureuses pouvant s'accompagner de syncopes par leur intensité extrême.

La malade qui « sent son utérus » accuse cette sensation surtout pendant la période menstruelle, ce qui semble prouver qu'il s'agit avant tout d'un phénomène congestif. A un degré de plus, c'est une sensation de pesanteur, de lourdeur hypogastrique. Ces douleurs-là ne sont jamais à localisation précise, tout au moins spontanément. Ce n'est qu'en cherchant à préciser un point douloureux qu'on découvrira soit un utérus endolori dans sa totalité, soit l'une des annexes particulièrement sensible. Ces douleurs-là sont souvent exagérées par la fatigue et sont plus accusées dans la station debout que lorsque la malade est couchée. Elles sont aussi plus marquées le soir que le matin. Leur mode de production est vraisemblablement un tiraillement nerveux à la suite d'un trouble de statique, d'un phénomène congestif inflammatoire ou endocrinien.

Dans d'autres cas, il existe une véritable douleur gravitative avec plénitude abdominale et presque toujours des irradiations lombaires. Lorsque cette douleur est localisée d'un côté du bas-ventre, il est presque certain qu'il s'agit d'une affection annexielle. Cette localisation n'est d'ailleurs pas exclue, même lorsque la douleur est ressentie à la ligne médiane.

Parmi les douleurs de grande violence presque toutes

sont liées à une atteinte du péritoine. Il s'agit alors de torsion, d'atteinte péritonéale par contact (phlegmons du ligament large, périsalpingites, etc.), par perforation d'organe, etc. Nous insistons particulièrement sur la douleur du cul-de-sac de Douglas dont le toucher, dans certaines conditions, provoque le cri-du-Douglas. Il semble, en effet, que la portion déclive du péritoine pelvien est très richement innervée.

*
**

Dans un très grand nombre de cas les douleurs génitales présentent un rapport évident avec le cycle menstruel. Colanéri et Douay distinguent quatre cas : les douleurs intermenstruelles, les douleurs prémenstruelles, les douleurs menstruelles et, enfin, les douleurs post-menstruelles.

Les douleurs intermenstruelles sont actuellement interprétées par tous les auteurs comme une manifestation consciente de l'ovulation (Cotte, Vignes, etc.). On sait que celle-ci a lieu typiquement au milieu de la période menstruelle, à la fin de la phase folliculaire. La fréquence de ces crises intermenstruelles est diversement appréciée suivant les auteurs : 25 à 30 p. 100 des cas, selon Cotte ; 5 p. 100 seulement, selon A. Binet.

Les douleurs prémenstruelles ont le plus souvent un point de départ ovarien, par congestion, dans la plupart des cas, une ovarite scléro-kystique. Cela est prouvé par les cons-

tatations cliniques de Vignes qui a pu retrouver ces douleurs seulement tous les deux mois chez les femmes dont un des ovaires était lésé. Comme c'est surtout l'ovaire qui a été le siège de l'ovulation qui se congestionne, on comprend que les douleurs ne se manifestent qu'une fois sur deux lorsque c'est le tour de l'ovaire malade.

Les douleurs menstruelles ont le plus souvent leur origine au niveau de l'utérus : métrite chronique, sténose du col, anomalies de la desquamation (Vignes) et peut-être les cas d'hypergénèse nerveuse décrits récemment par Cornil, Mosinger et Fructus.

Les douleurs postmenstruelles, enfin, seraient toujours dues à une poussée inflammatoire des annexes.

*
**

Fidèle à notre définition très générale de la sensibilité, nous mentionnerons rapidement les phénomènes réflexes pathologiques qui peuvent se produire lors de l'atteinte des organes génitaux internes. Les premières de ces manifestations sont des douleurs : douleurs cutanées, que nous avons déjà expliquées par la projection des douleurs viscérales et douleurs viscérales à distance, à localisation digestive, urinaire, etc.

Les autres ne sont pas des douleurs mais des troubles fonctionnels réflexes dont la liste augmente constamment.

Laffont les a étudiés récemment. Ce sont des occlusions intestinales, des rétentions d'urine, des douleurs précordiales, des palpitations, des douleurs thoraciques, des crises d'asthme, des migraines, des crises d'épilepsie, des troubles oculaires, etc... Le fait que l'utérus peut être le point de départ de réflexes inhibiteurs importants est prouvé par la possibilité de syncopes et même de morts subites par irritation de l'orifice interne du col.



CHAPITRE VI

TROUBLES DE LA SENSIBILITE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES

Nous avons vu que les processus de réception et de conduction de la sensibilité étaient moins complexes au niveau des organes génitaux externes qu'au niveau des organes internes. Les phénomènes pathologiques qui se produisent à ce niveau sont également d'une richesse beaucoup moins considérable. Nous étudierons successivement les douleurs, les troubles du sens génital et, enfin, les prurits.

*
**

La grande majorité des phénomènes douloureux dont les organes génitaux externes sont le siège sont dûs à des phénomènes inflammatoires patents : vulvo-vaginite gonococcique ou autre, bartholinites, abcès divers, etc. Ces faits ne présentent pas beaucoup d'intérêt.

Bien plus intéressant est le mécanisme de production du *vaginisme*. Il s'agit d'une douleur due à un spasme de la musculature vaginale dès qu'on tend à pénétrer dans les conduits génitaux externes. Bien que le vaginisme soit généralement dû à l'origine à une épine locale (érosion de la muqueuse, vaginite), à la longue, il a un retentissement psychique, ce qui en rend le traitement très difficile. Il se fait une sorte de réflexe conditionnel, laissant persister la maladie, même après la guérison de la lésion locale.

Les *névralgies vulvaires* sont dues à une irritation des branches terminales du nerf honteux interne ou encore sont parfois sous la dépendance du sympathique, réalisant de véritables causalgies génitales.



Les troubles du sens génital peuvent être une hypersensibilité ou, au contraire, un émoussement des impressions dont la vulve est l'origine, constituant alors la frigidité.

On ne sait pas encore exactement l'origine de ces troubles. Dans certains cas, l'exagération du sens génital constitue une véritable psychopathie : la nymphomanie (à distinguer de l'érotomanie qui trouble surtout les éléments sentimentaux). Cette nymphomanie, qui est un trouble général du comportement, a-t-elle une cause locale ? On ne le sait pas. Il est possible qu'il s'agisse de troubles du névraxe. On sait que certaines maladies nerveuses, en parti-

culier le tabès peuvent déterminer des accès d'hypersensibilité génitale : phénomène connu sous le nom de crise clitoridienne ou de crise vulvaire.

Il en est de même pour la frigidité. Il y a incontestablement des cas où la frigidité est due à un défaut de développement de tout l'appareil génital de la femme, à un infantilisme génital. Dans d'autres tout est bien conformé. Il existe d'ailleurs certainement de nombreux intermédiaires entre la frigidité et l'accomplissement normal de l'orgasme. Au dire des grands spécialistes de la question (Have'ock Ellis), les sensations comparables à celles de l'homme seraient très rares chez la femme. Rien ne prouve actuellement que la frigidité est un trouble propre de la sensibilité, en dehors de quelques cas observés par section du nerf présacré et surtout de section du nerf honteux interne. En dehors de ces conditions exceptionnelles et qui ne sont certainement pas réalisées spontanément, il semble que c'est surtout le fonctionnement de l'ovaire qui règle le sens génital (Cotte).



On sait encore fort peu de choses sur les causes et la nature du *prurit* en général. Il s'agit, soit d'une irritation anormale de certaines terminaisons nerveuses, soit de l'augmentation d'excitabilité de ces terminaisons (Aburel).

Pour ce qui concerne les prurits vulvaires, les deux cas,

origine externe et origine interne, sont soutenables. Cependant, il s'agit, dans la plupart des cas, d'une cause interne (diabète, azotémie, insuffisance hépatique, etc.). Il y a lieu de se méfier pour le prurit aussi de l'intervention d'un élément psychique qui est un facteur de résistance à la thérapeutique.



CHAPITRE VII

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DES TROUBLES SENSITIFS EN GYNECOLOGIE

La douleur — a dit Leriche — « est une sonnerie sur le chemin que suit l'excitation sensitive ». Loin de nous de dire que la douleur est un phénomène de défense destiné à nous avertir des dangers que nous courons. Ce serait un non sens alors que nous savons que les affections les plus redoutables, comme les tumeurs malignes, la tuberculose, la syphilis, etc., sont presque toujours indolores.

Le médecin ne doit pas néanmoins négliger la valeur de la douleur en tant qu'avertisseur de danger. On ne doit pas se contenter en cas de douleurs de l'appareil génital d'un traitement symptomatique, sans en rechercher la cause. Cela est valable non seulement pour les douleurs qui siègent au niveau même des organes génitaux, mais aussi pour toute manifestation sensitive anormale. Nous avons montré quelques-unes de ces localisations aberrantes, qui s'expliquent

d'ailleurs parfaitement bien par les connexions nerveuses. Cotte insiste tout particulièrement sur la valeur de la coccygodynie pour la localisation génitale de la cause morbide.

Les praticiens de médecine générale négligent encore trop souvent l'exploration locale des organes génitaux (toucher vaginal, spéculum, etc...). Il est certain que la pratique systématique de ces moyens d'investigation permettrait de trouver dans plus d'un cas la clé d'un diagnostic incertain.

*
**

Il est à peine besoin d'insister sur la valeur séméiologique considérable des douleurs aiguës et suraiguës. Ce sont elles qui décèlent les inflammations aiguës et graves des organes génitaux sous-péritonéaux. ce sont également ces douleurs brusques et violentes qui révèlent les inondations péritonéales de la grossesse tubaire, etc...

Ce sont les douleurs permanentes qui caractérisent les inflammations annexielles. Sur le fond permanent peuvent survenir des exacerbations paroxystiques en rapport avec la fatigue et surtout avec la menstruation. Ce sont encore ces douleurs qui révèlent parfois la métrite chronique. (Elles peuvent exister dans la grossesse extra-utérine, bien que ce soient avant tout les petits accès douloureux qui caractérisent cette affection.)

N'oublions pas encore l'importance de la douleur dans les déviations de l'utérus. Elles peuvent se déceler soit par des douleurs permanentes, calmées seulement par le décubitus, mais elles s'exagèrent également au moment des règles.

L'apparition périodique de la douleur, en rapport avec la menstruation, caractérise surtout, comme nous l'avons déjà dit, les affections de l'ovaire ; elle peut, néanmoins, exister dans les maladies de l'utérus ou de la trompe.

Les néo-formations de l'utérus se distinguent par l'absence de toute manifestation sensitive pendant la plus grande partie de l'évolution de la maladie. Dans certains fibromes enclavés dans le petit bassin, il peut cependant y avoir des douleurs par compression. Dans les cancers, la douleur est toujours tardive et constitue un argument d'inopérabilité due qu'elle est à un envahissement des plexus nerveux.

C'est seulement après avoir éliminé toute affection organique qu'on doit conclure à un syndrome douloureux, soit névralgique, soit d'origine endocrinienne.

La *thérapeutique symptomatique* des douleurs d'origine génitale est soit médicale (méthode de Lemaire, médication antinévralgique, traitement de la cellulite, etc...), soit chirurgicale (opération de Cotte). Ces traitements ne devraient jamais remplacer la *thérapeutique étiologique*.

CONCLUSIONS

I. — Les connaissances physiologiques sur le mécanisme des divers modes de sensibilité sont encore fort peu avancées. La sensibilité douloureuse apparaît, à l'état actuel des connaissances, comme un phénomène fort complexe dans lequel l'état vasculaire de l'organe joue un rôle important : la vasodilatation apparaît comme une des conditions de production de la douleur et aussi du sens génital.

II. — Les voies conductrices de la sensibilité des organes génitaux de la femme sont représentées par le nerf hypogastrique pour les organes génitaux internes et par le nerf honteux interne pour les organes génitaux externes.

III. — La sensibilité de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire est un phénomène indirect, se produisant en grande partie par l'intermédiaire du péritoine et des vaisseaux. Seules des sensations douloureuses peuvent se produire au niveau de ces organes. Le rôle du sympathique dans ces douleurs est certain, mais encore mal expliqué.

IV. — Les impressions produites au niveau des organes génitaux externes sont du type cutané, mais il s'y ajoute

des sensations affectives typiquement génitales qui prennent naissance probablement au niveau des récepteurs périphériques spéciaux.

V. — Les troubles de la sensibilité produits par des conditions pathologiques au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires consistent en douleurs d'intensité et d'acuité diverses dont la valeur séméiologique est considérable. En dehors des douleurs des organes génitaux proprement dits, nous avons insisté sur les projections cutanées et viscérales diverses des troubles de ces organes. Nous avons montré également les rapports de ces troubles avec le cycle menstruel.

VI. — Les douleurs des organes génitaux externes sont plus banales. Il importe surtout d'insister sur des phénomènes comme le vaginisme, les prurits et les troubles du sens génital, hypersensibilité ou frigidité, bien que leur origine locale soit rarement prouvée.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSEY

Vu : *Le Président de Thèse,*

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ABUREL. — Recherches sur le mécanisme des douleurs abdomino-pelviennes en gynécologie (*Revue fr. de Gynéc.*, juillet 1933).
- BINET (A). — Valeur du symptôme douleur en gynécologie in La douleur en gynécologie (Paris, *L'Expansion scientifique*, 1934).
- COLANERI et DOUAY. — Les douleurs abdomino-pelviennes in La douleur en gynécologie (Paris, *L'Expansion scientifique*, 1934).
- CORDIER. — Sur l'innervation de l'utérus (*C. R. Soc. Biol.* 1921, p. 898).
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (Paris, Masson, 1927).
- DALCHE. — Causalgies; névralgies de l'appareil génital de la femme (*La Gynéc.*, janvier 1928).
- DUMAS. — La douleur (*Bull. Méd.*, 25 janvier et 1^{er} février 1930).
- HEAD. — On pain in diseases of the heart and lungs (*Brain*, 1896).
- HEGER. — Einige Versuche über die Empfindlichkeit der Gefässe (*Beitr. d. Phys.*, 1887, p. 193).
- JAYLE (F.) et G. E. — L'innervation pelvienne de la femme in La douleur en gynécologie (Paris, *L'Exp. scient.*, 1934).

- KEIFFER. — Physiologie du système nerveux génital chez la femme *in* La douleur en gynécologie (Paris, *L'Exp. scient.*, 1934).
- LAFFONT. — Les douleurs extrapelviennes dans les affections gynécologiques *in* La douleur en gynécologie (Paris, *L'Exp. scient.*, 1934).
- LEMAIRE. — Recherches cliniques sur le mode de perception des douleurs viscérales (*Bull. Acad. de Méd. Belgique*, 1926, t. VI, p. 158).
- LENNANDER. — Beobachtungen über die Sensibilität der Bauchhöhle (*Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1902, t. X, fasc. 1 et 2).
- LERICHE. — Recherches et réflexions critiques sur le mécanisme de production et sur les voies de la sensibilité douloureuse (*Presse Méd.*, 3 janvier 1931).
- LICHTWITZ. — Les algies viscérales (*Thèse Paris*, 1929).
- REIN. — Beitrag zur Lehre von der Innervation des Uterus (*Pflügers Arch.*, 1880, t. XXIII, p. 68).
- TEMESVARY. — Die Regio clitoridis (*Arch. f. Gynäk.*, 1924, t. CXXII, p. 102).
- VALLET. — Les nerfs de l'ovaire (*Th. Paris*, 1900).
- VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes (Paris, Masson, 1930).
- WERNOE. — *Pflügers Arch.*, 1925, p. CCX, p. 1.

